

NO MEIO DA PANDEMIA TINHA UMA PEDRA? UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO PANDÊMICO BRASILEIRO

EN MEDIO DE LA PANDEMIA, ¿HUBO UNA PIEDRA? UN ANÁLISIS DE LAS
POLÍTICAS PARA LA POBLACIÓN EN LAS CALLES EN EL CONTEXTO DE LA
PANDEMIA BRASILEÑA

IN THE MIDDLE OF THE PANDEMIC, THERE WAS A ROCK? AN ANALYSIS
OF POLICIES FOR THE HOMELESS PEOPLE IN THE BRAZILIAN PANDEMIC
CONTEXT

Kíssila Teixeira Mendes

*Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora na UniAcademia.
kissilamm@hotmail.com*

Pedro Henrique Antunes da Costa

*Professor na Universidade de Brasília (UnB), Brasil.
phantunes.costa@gmail.com.*

Recibido: 28/3/2022 | Aceptado: 13/9/2022

Resumo: No artigo, analisamos as principais mudanças durante a pandemia nas políticas orientadas ao cuidado à população em situação de rua (PSR) com necessidades decorrentes do consumo de drogas no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa nos seguintes documentos estatais: Nota Técnica 13/2020; Portaria 64/2020; Resolução 40/2020; e cartilha “Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19”. Os resultados foram organizados em torno dos fundamentos e horizontes do cuidado à PSR e, sobretudo, do recrudescimento dos processos de segregação, manicomialização e mercantilização, de caráter classista e racista, sintetizados na existência e centralidade das Comunidades Terapêuticas nas referidas políticas. Apesar das contradições, frutos da luta de classes e expressas em resistências e elaborações progressistas, constatamos que nem a pandemia foi capaz de frear o *modus operandi* higienista-segregatório à PSR no Brasil. Pelo contrário, sob argumentos de se retirar certas pedras do caminho, retiraram os sujeitos (tornados coisas, objetos), demonstrando quem, de fato, são os obstáculos indesejáveis.

Palavras-chave: população em situação de rua; drogas; políticas; pandemia; Brasil.

Resumen: En el artículo analizamos los principales cambios durante la pandemia en las políticas orientadas a la atención de la población en las calles (PSR) con necesidades derivadas del consumo de drogas en Brasil. Es una investigación documental, con enfoque cualitativo en los siguientes documentos estatales: Nota Técnica 13/2020; Ordenanza 64/2020; Resolución 40/2020; y cuadernillo «Atención y Acogida en Emergencias a la población sin hogar en el contexto de la pandemia del covid-19». Los resultados se organizaron en torno a los fundamentos y horizontes de la atención de la PSR y, sobre todo, al recrudescimiento de los procesos de segregación, asilo y mercantilización, de carácter clasista y racista, sintetizados en la existencia y centralidad de las Comunidades Terapéuticas en las citadas políticas. A pesar de contradicciones, fruto de la lucha de clases y expresadas en resistencias y elaboraciones progresistas, encontramos que ni la pandemia pudo detener el *modus operandi* higienista-segregador de la PSR en Brasil. Por el contrario, bajo el argumento de quitar ciertas piedras del camino, quitaron los sujetos (convertidos en cosas, objetos), demostrando quiénes, en realidad, son los obstáculos indeseables.

Palabras clave: población en las calles; drogas; políticas; pandemia; Brasil.

Abstract: In the article, we analyze the main changes during the pandemic in policies oriented to the care of homeless people (PSR) with needs arising from drug consumption in Brazil. This is documentary research, with a qualitative approach in the following state documents: Technical Note 13/2020; Ordinance 64/2020; Resolution 40/2020; and booklet “Emergency Assistance and Reception for the homeless population in the context of the Covid-19 pandemic”. The results were organized around the foundations and horizons of PSR care and, above all, the resurgence of segregation, asylum and commercialization processes, of a classist and racist character, synthesized in the existence and centrality of Therapeutic Communities in the aforementioned policies. Despite some contradictions, results of class struggle and expressed in resistance and progressive developments, we found that not even a pandemic was able to stop the hygienist-segregator *modus operandi* for PSR in Brazil. On the contrary, under the argument of removing certain stones from the path, they removed the subjects (turned into things, objects), demonstrating who, in fact, are the undesirable obstacles.

Keywords: homeless people; drugs; policies; pandemic; Brazil.

Introdução

A pandemia do coronavírus e sua conseqüente crise sanitária acarretaram um escancaramento dos contornos das crises econômica e política, que, por sua vez, estão conformadas pela crise estrutural do capital em seu atual estágio de desenvolvimento. Nesta conjuntura de crise(s), se considerarmos que a população em situação de rua (PSR) é uma “expressão radical da questão social contemporânea” (Silva, 2006, p. 83), podemos afirmar que houve também um recrudescimento numérico e qualitativo desta população, bem como, por suas características evidentes, ela estava e está mais exposta ao vírus e à mortalidade. Embora uma simples passada por qualquer centro urbano já confirme o aumento da PSR, faltam dados dos impactos da pandemia sobre tal realidade e nesta população (como, por exemplo, o número de infectados e de óbitos), escancarando a falta de políticas públicas para a PSR e, numa perversa complementação, trazendo mais empecilhos para se pensar em políticas públicas de saúde e de proteção social durante e após a pandemia.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020) estimam que, entre fevereiro e março de 2020, momento de eclosão da pandemia, havia 221 mil pessoas em situação de rua no Brasil. Durante a pandemia, pesquisas locais deram conta desse contingente populacional. De acordo com o censo realizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro durante 2020, com dados coletados nas ruas, casas de uso, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas (CTS), 31% das pessoas estavam na rua há menos de um ano, sendo 64% por perda de trabalho, moradia ou renda. Além disso, houve um crescimento significativo de mulheres em situação de rua.

Em São Paulo, o censo realizado pela prefeitura entre outubro e novembro de 2021 também constatou o crescimento da PSR na capital: em dois anos, o aumento foi de 31%. Atualmente, há 31.884 pessoas vivendo nas ruas da cidade; em 2019 eram 24.344. Também não há uma mudança significativa do perfil em relação às pesquisas anteriores: há prevalência do sexo masculino (83,4%), maior percentual na faixa etária entre 31 e 49 e com 70,8% parda ou preta. No entanto, há um aumento quantitativo importante, fazendo com que hoje em São Paulo haja 257 pessoas em situação de rua por cada 100 mil habitantes (São Paulo, 2021).

Apresentados os dados, no presente artigo, analisamos as principais mudanças durante a pandemia nas políticas orientadas ao cuidado da PSR com necessidades decorrentes do consumo de drogas no Brasil. Para tal, refletir sobre a PSR para além da pandemia se faz importante como forma de balizar uma elucidação sobre as condições que a tem enquanto segmento populacional pauperizado e subalternizado, e para chegarmos a alguns porquês sobre as políticas a ela destinadas na contemporaneidade e suas contradições. Entre essas

condições, podemos destacar a pobreza extrema, a fragilização de vínculos familiares como materializações de problemas econômicos e fatores ligados à história de vida, como desavenças, preconceitos e intolerância, e a não existência de moradia convencional, sendo a rua o local de moradia e/ou sustento (Mendes, Ronzani e Paiva, 2019). Além disso, trata-se de uma característica da estrutura do capitalismo, para onde são conduzidas parcelas da classe trabalhadora enquanto superpopulação relativa e exército industrial de reserva, desde os seus primórdios, sendo fruto da situação de escassez e degradação do/pelo trabalho alienado e exploratório.

Assim, embora pesquisas de cunho censitário e estatístico sejam importantes, é primordial caracterizar as dimensões e a historicidade do fenômeno da PSR no Brasil e no mundo, fundamentalmente por ser um elemento complementar à compreensão da pobreza nas sociedades capitalistas. Entretanto, a existência de pessoas itinerantes data desde a Antiguidade, por conta do crescimento de cidades e de desapropriações de terras. Desde então, essa população é vista como contraventora e perturbadora da ordem social. Na Idade Média, as denominações de mendigos e vagabundos também descrevem tal população itinerante, cujas obras de caridade ligadas à Igreja Católica já atendiam.

É com o início da industrialização, porém, que o fenômeno vai se delinear melhor. O contingente de mão de obra decorrente da separação entre trabalhador e meio de produção e das expropriações de terra não foi absorvida tão rapidamente pela ainda nascente indústria ou não se adaptava a ela, dando início ao circunstancial processo de pauperismo que se generalizou na Europa em desenvolvimento capitalista. Essas pessoas eram definidas como mendigos, ladrões e vagabundos, o que originou também rígidas leis e instituições disciplinares, em que o Estado administrava as contradições histórico-estruturais geradas no próprio seio do desenvolvimento capitalista. Além disso, as leis anti-vadiagem tinham o intuito de restringir o direito à cidade e forçar que esse contingente aceitasse trabalhos sub-remunerados e não se deslocassem, gerando um grande exército de reserva. A PSR se localiza nesse exército de reserva, mais precisamente em sua forma estagnada, que possui grandes jornadas de trabalho sem que, portanto, tenha proteção social ou algum tipo de seguridade.

No Brasil, a expansão urbana e do capital, a migração para as cidades, a desapropriação de grandes moradias populares, como os cortiços, levam à conclusão de que a falta de trabalho e habitação para todos conduziu a um aumento da PSR nesse período. Os estudos sobre o tema, porém, crescem somente na década de 1990, quando os impactos neoliberais dão outros contornos para a PSR. Não por acaso, o período de 1990 no país possui semelhanças com as mudanças no capitalismo já ocorridas em nível mundial a partir da segunda metade de 1970. E é em meados dos anos 1990 e, sobretudo, pós anos 2000, que surgem os primeiros

esforços em quantificar e elaborar políticas destinadas à PSR no país. Em 2005, há uma responsabilização do Estado Brasileiro, e passa a constar na Política Nacional de Assistência Social, pela Lei nº 11.258/05 (Brasil, 2005), a obrigatoriedade de as políticas de assistência criarem programas direcionados à PSR. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009) é criada em 2009 e define a PSR como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular, utilizando os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009). Fica evidente o papel central do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), enquanto regulador dos serviços de acolhimento e proteção social, e dos municípios, que são responsáveis pela estruturação dos serviços e dados censitários da PSR local. Seus objetivos são: assegurar o acesso aos serviços e às políticas públicas, instituir a contagem oficial da PSR, com produção de dados sobre a rede de assistência a essa população, incentivo à pesquisa sobre a PSR, implementação dos centros de defesa dos direitos humanos para a PSR e dos centros de referências especializados vinculados à proteção especial do SUAS, articular o Sistema Único de Saúde (SUS) e o SUAS, criar padrões básicos de qualidade dos serviços, implementar ações de segurança alimentar e oferecer programas de qualificação profissional para a PSR (Brasil, 2009).

Assim, no âmbito das políticas públicas, a PSR foi assumida primeiramente como responsabilidade da assistência social. Cabe ressaltar que tal processo se dá no bojo da correlação de forças e luta de classes, não sendo mera benesse ou movimento espontâneo do Estado. Nisso, ela “chega” à área da saúde a partir de intervenções focalizadas no uso de drogas que, a despeito de exemplos pioneiros e importantes, como a experiência do Consultório de Rua de Salvador nos anos 1990, majoritariamente, faziam uma relação errônea e simbiótica entre PSR e consumo de drogas. Em âmbito nacional, os Consultórios de Rua foram fortalecidos e expandidos como política pública de caráter nacional através do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, não sem algumas contradições, e em 2012 surge uma nova modalidade de serviço: os Consultórios na Rua, onde as equipes voltadas para a PSR passam a ser vinculadas ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Além do nome, mudam também as ações, agora voltadas para o acesso à atenção primária à saúde e não somente com questões relacionadas à saúde mental e ao uso de drogas. Porém, a associação PSR/droga permanece hegemônica.

Tais decisões são fruto de decisões políticas e resultados de lutas históricas, reverberando também nos movimentos e concepções históricas de cada período. Tomemos o crack como exemplo. Embora surgido no final dos anos 1980 na periferia de São Paulo atrela-se a inúmeras ações locais nos anos 90 quando “surge” no centro da cidade. Somente nos anos 2000, mais precisamente em maio de 2010, que é criado por decreto o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Brasil, 2010), cujo objetivo, embora tenha trazido avanços na tentativa de articular as áreas de saúde, educação e assistência social, já é compreendido no verbo que consta em seu próprio título: “enfrentamento”, mistificando que não se enfrentam drogas, se enfrentam pessoas que consomem drogas. Na campanha presidencial de 2014, contudo, é que o “combate ao crack” ganha destaque alinhado ao discurso de limpeza urbana necessária - junto à gentrificação e revalorização dos centros urbanos - aos eventos internacionais ocorridos no Brasil, como a Copa do Mundo de Futebol, em 2014, e as Olimpíadas do Rio em 2016. A “cracolândia”, então, passa a ser o “grande centro da questão social brasileira contemporânea” (Rui, 2013, p. 288).

Embora a “cracolândia” seja composta de uma territorialidade itinerante e campo de relações mutáveis, as ações governamentais possuem um foco específico, que é a região da Luz. Entre 2012 e 2013 operações estatais com foco na retomada do território via internações compulsórias ganharam espaço na mídia nacional. Nesses locais de uso, a compreensão do fenômeno passa para uma concepção moral, onde o crack é o grande corruptor das pessoas, cabendo ao Estado agir compulsoriamente sobre elas e tirando a autonomia do sujeito. Assim, há uma relação fetichista, onde o crack se torna o sujeito da ação e as pessoas que o consomem viram mercadorias, objetos. Embora deva ser considerado como uma questão de saúde pública relevante, há a necessidade de a droga, por si própria, não ser o ponto principal de análise, pois ela é um desafio entre tantos outros encontrados na rua (Mendes, Ronzani e Paiva, 2019). Tal constatação nos remete ao objetivo deste artigo ao atualizarmos como, na pandemia, as concepções e ações estatais sobre o consumo de drogas atualizam ou retrocedem tais debates históricos sobre a PSR.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental. Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5) é “um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”, recorrendo a “materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias” (p. 6). Foram analisados os seguintes documentos: Nota Técnica nº 13/2020 (Brasil, 2020a); Portaria nº 64/2020 (Brasil, 2020a); Resolução nº 40/2020 (Brasil, 2020b); e cartilha “Atendimento e Acolhimento

Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19 - Informações e Recomendações” (Brasil, 2020c).

Os quatro são documentos estatais que sintetizam e expressam as atuais concepções e condução política do cuidado à PSR no país com necessidades decorrentes do consumo de drogas. Dialeticamente, é na/pela mediação de tais documentos que tais políticas são concretizadas na prática. Ao terem naturezas formais diferentes (nota técnica, portaria e resolução), constituem um arcabouço estatal não só normativo, regulador, mas também orientador das ações.

Para chegarmos até eles, realizamos um processo de busca em sites e bases de dados ministeriais do governo de Jair Bolsonaro, a saber: Ministérios da Saúde, da Cidadania, da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Também realizamos buscas no Diário Oficial da União, utilizando termos correlatos à *população em situação de rua*. O recorte temporal foi de março de 2020 a fevereiro de 2022.

O tratamento e análise dos dados ocorreu conforme apontamentos de Gomes (2011) sobre Análise de Conteúdo temática. As seguintes etapas foram conduzidas: (a) pré-análise, com organização e leitura flutuante do material; (b) exploração do material, que consistiu na definição das unidades de análise (os temas), de contexto (como estes expressam a conjuntura social, econômica, política e suas especificidades no campo aqui estudado) e início da categorização; e (c) tratamento e interpretação dos resultados, com refinamento do processo de categorização, expansão da síntese na forma de texto corrido e discussão a partir do diálogo com a literatura e referencial teórico. Enquanto documentos políticos, estes não podem (e não foram) analisados de maneira ensimesmada, mas expressando e conformando a correlação de forças na área, bem como circunscritos a uma totalidade que os tem enquanto manifestação, ao mesmo tempo que é produzida neles/por eles.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1, apresentamos uma breve descrição dos documentos analisados e seus conteúdos. Como é possível observar, as iniciativas são de caráter interministerial (intersetoriais), gerenciadas pelo Ministério da Cidadania (MC), responsável pelas políticas de assistência social e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), que, em decorrência da pauta dos direitos humanos, também possui incidência nas políticas voltadas à PSR.

Tabela 1: Documentos analisados

Documento	Órgãos
Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020	Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social
Nota Técnica nº 13, de 14 de maio de 2020	Ministério da Cidadania
Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos Humanos
Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19 - Informações e Recomendações	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Proteção Global do MMFDH

Fonte: Autores

Uma ressalva é que a Nota Técnica 13/2020 foi inicialmente construída e publicada pelo Ministério da Saúde, com o título “Recomendações do Ministério da Saúde para o acolhimento adequado à população em situação de rua durante a pandemia do coronavírus (COVID-19)”. No entanto, foi posteriormente incorporada como anexo na Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, e aprovada, como comprova o trecho a seguir da referida portaria: “Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo, a Nota Técnica nº 13/2020, com recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da Pandemia do novo Coronavírus, Covid-19” (Brasil, 2020a, s. p.). A Portaria 69/2020 consiste na Nota Técnica 13/2020 por ela aprovada - por isso serão referenciadas como um mesmo documento. Tal contextualização nos alerta ao fato de não haver nenhum documento de responsabilidade do Ministério da Saúde, mesmo se tratando de uma conjuntura de crise sanitária, reforçando o viés histórico de “público da assistência” atribuído à PSR.

A seguir, apresentamos os achados que estão divididos em dois eixos temáticos: fundamentos e horizontes do cuidado à PSR; e recrudescimento dos processos de segregação, manicomialização e mercantilização, sintetizados na existência e centralidade das CTS.

No meio da rua tinha um vírus: o cuidado à PSR com necessidades decorrentes ao consumo de drogas

Apesar de todos os materiais ressaltarem como o coronavírus e a pandemia aguçaram uma condição já subalternizada, sendo, pois, o cuidado à PSR uma prioridade, constatamos um cenário heterogêneo quanto a este cuidado. Isso se reflete no próprio conteúdo e propósito dos

materiais, com um mais genérico e sintético (Brasil, 2020c) e os outros que, de fato, se prestam a orientar a assistência na área (Brasil, 2020a; 2020b).

Enquanto elementos comuns aos documentos e que podem ser apreendidos como núcleos estruturantes das políticas, ao menos retoricamente, destacamos: trabalho intersetorial; cuidado integral e compartilhado; abordagem da “temática das drogas” como um dos elementos do processo de cuidado que deve ser integral. Damos mais importância no presente eixo temático à Nota Técnica 13/2020 (Brasil, 2020a) e à Resolução 40/2020 (Brasil, 2020b), sobretudo esta - cujos motivos serão explicitados à frente -, por detalharem as especificidades do cuidado à PSR com problemas decorrentes do consumo de drogas.

É colocada a necessidade de um *continuum* de cuidado (promoção social e de saúde, prevenção e proteção sociais e tratamento) que possibilite atenção integral a partir das necessidades e características singulares dos indivíduos. É necessário o cuidado compartilhado e trabalho articulado entre diferentes serviços, níveis assistenciais e setores (SUS, SUAS, sistema de justiça etc.)

Art. 55 O trabalho social com a população em situação de rua deve ter atenção com os determinantes e impactos sociais das suas condições de saúde, atuando de forma articulada com a Rede de Atenção à Saúde, compartilhando cuidados entre as equipes, principalmente em relação à Tuberculose, Hanseníase, HIV/AIDS, necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, demais questões de saúde mental e deficiências, dentre outras (Brasil, 2020b)

Apesar das similitudes e convergências entre os materiais, é importante negritar como há um esforço na Resolução 40/2020 de orientar os processos de cuidado nas/pelas concretudes dos sujeitos e suas condições de vida e como elas expressam, singularmente, nossas estruturas e totalidade social desiguais, racistas, machistas, por ações que “priorizem o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários, incluindo temas transversais como saúde da população negra, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, o uso prejudicial de drogas, prevenção” (Brasil, 2020c, art. 109, XI). Busca-se, assim, contornar e reverter esquecimentos e apagamentos comuns nas políticas sociais e em movimentos importantes que nelas incidiram, como a Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, expressando o próprio caráter estrutural de nosso antagonismo de classes e racismo (Passos, 2019).

No caso da PSR, isso é ainda mais evidenciado, enquanto população que expressa as manifestações e desdobramentos mais extremados da “questão social”, da condição imanentemente desigual do capitalismo que, por sua vez, se concretizam nas/pelas mediações e determinações de raça, gênero, sexualidades etc. O próprio consumo de drogas por tal população, sem nenhum tipo de moralismo, ao mesmo tempo que se apresenta enquanto

sintoma social dessa dinâmica histórica - até mesmo como forma de satisfazer necessidades básicas de vida -, também sinaliza uma condição de vida violentada, devendo ser analisado a partir desse seu caráter de *crítica*, de sinalização da incongruência dos indivíduos como seres sociais (singulares) e a realidade que, ao invés de os possibilitarem um desenvolvimento e condição humanizantes, os desumanizam (Mendes, Ronzani e Paiva, 2019).

Dessa forma, ao invés de focalizar nas drogas, reforçando a imagem da PSR como sinônimo de consumidora de drogas e, mais, de dependente, reproduzindo toda a construção ideológica pejorativa, negativa dela como perigosa, foca-se nos sujeitos, colocando as substâncias em parênteses; e um sujeito histórico, social que se faz nas relações com outros, em determinados contextos, ao mesmo tempo que os produz, de modo a atuar para o fortalecimento de vínculos, laços comunitários, “evitando institucionalizações que violem direitos” (Brasil, 2020b, art. 109, I) e reforcem ainda mais uma vida isolada. Como consequência, o próprio cuidado às pessoas em situação de rua com necessidades decorrentes do consumo de drogas passa a ser circunscrito ao cuidado como um todo, que deve ser planejado de modo a abarcar as condições de vida e de saúde, como:

[...] infecções sexualmente transmissíveis - ISTS -, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, desnutrição infantil e entre pessoas idosas, anemias e outras deficiências nutricionais, doenças respiratórias, problemas dermatológicos, transtornos mentais, prevenção à violência, necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras (Brasil, 2020b, art. 110).

Ainda na Resolução 40/2020, a Redução de Danos (AIDS) aparece não só como conjunto de técnicas e procedimentos, mas como racionalidade a orientar os processos de cuidado. Reforça-se uma concepção não moralista, não preconceituosa acerca das drogas e das relações que se estabelece com elas, indo de encontro, no caso da PSR, às tradicionais construções ideológicas dela como *drogada*, *cracuda*, que adicionam *camadas* de *desumanização* a pessoas já desumanizadas, bem como recrudescem a imagem de perigosas, justificando medidas de segregação e higienismo. A partir da AIDS é possibilitada uma assistência integral e humanizada, assegurando direitos e fortalecendo os indivíduos e seus contextos de vida, a partir das suas características e necessidades, que devem balizar o cuidado. Nesse sentido, a AIDS mostra-se em consonância com o caráter territorial-comunitário dos serviços públicos antagônicos à lógica asilar-manicomial, à própria Reforma Psiquiátrica e princípios do SUS (e SUAS) como garantidores de direitos, como pode ser visto em:

Os serviços/dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS devem garantir a atenção integral da população em situação de rua em articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde e intersetoriais, em garantindo o acesso inclusive por busca ativa, a partir da lógica da redução

de danos e da priorização do cuidado comunitário, evitando-se o higienismo social a partir de seu afastamento em locais de segregação, quebra de vínculos comunitários e demais violações de seus direitos (Brasil, 2020b, art. 113).

A capacitação e atualização dos/as gestores/as e trabalhadores/as de saúde deve incluir as especificidades do atendimento à população em situação de rua, como atendimento humanizado, sob a lógica da redução de danos (Brasil, 2020b, art. 118).

Constatamos na Resolução 40/2020 uma explícita orientação em defesa da vida e dos direitos da PSR, assim como posições antimanicomiais, em defesa do SUS, não-asilares e de caráter territorial-comunitário. A título de ilustração, em nenhum momento se faz menção a CTS e são frisados os dispositivos públicos do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais redes de atenção à saúde, bem como os do SUAS. Inclusive, segundo o art. 114: “devem ser priorizados os recursos do SUS para a construção de mais Centros de Atenção Psicossocial, em especial os CAPSADS [Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas] nos municípios” (Brasil, 2020b, s. p.). É importante também demarcar que, a despeito da maior relevância aos CAPS, não se resume a RAPS e os processos de cuidado a eles, com várias menções sobre a necessidade de trabalho com Consultórios na Rua, Unidades de Acolhimento Transitório da Saúde, “equipes e programas da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na estratégia Saúde da Família” (Brasil, 2020b, art. 110) e serviços e programas “do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da rede pública estatal ou privada, nos níveis de Proteção Social Básica e Especial de Média e Alta Complexidade, bem como ao Cadastro Único para programas sociais do governo federal” (Brasil, 2020b, art. 35).

No entanto, há evidentes contradições entre o conteúdo da Resolução 40/2020, suas fundamentações e horizontes, com o dos demais documentos - que serão abordadas na seção seguinte. Ressaltamos que tal resolução, apesar de ser formalmente oriunda do MMFDH, foi construída no âmbito do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) que, apesar de circunscrito ao MMFDH, é uma instância de controle e participação social com relativa autonomia, de caráter paritário, em que metade dos integrantes não é do próprio Estado, mas representantes de organizações da sociedade civil com relevante atuação na defesa dos direitos humanos. Ou seja, o conteúdo do referido documento e suas orientações vão de encontro às posições do governo de Jair Bolsonaro no que se refere às políticas voltadas para a PSR, e isso se dá por conta da própria natureza do CNDH, recrudescendo a importância da participação social. Nesse sentido, não só é necessário analisar de maneira integrativa tais documentos, contextualizando a Resolução 40/2020 nos marcos de uma gestão que se antagoniza ao que por ela é pressuposto e defendido, mas submetê-la - e o restante do material - à conjuntura, a qual fazem parte, expressam e conformam, numa análise totalizante. Não é nosso intuito analisar

como tais políticas se concretizam na prática, mas, a partir do exposto, podemos hipotetizar que os principais balizadores para a implantação das ações à PSR na pandemia, ao menos as de *cima para baixo*, são: a Portaria 69/2020 e a Nota Técnica 13/2020 (Brasil, 2020a) e o documento com informações e recomendações do MMFDH (Brasil, 2020c), que são produções diretas do *governo Bolsonaro*.

Da mesma forma, tudo isso serve para explicitar o caráter de disputa das políticas e no âmbito político - não dissociando-o da totalidade das relações produtivas, do terreno histórico e social do qual emana e incide, dialeticamente. Grosso modo, temos nas especificidades de tais materiais, nas contradições expressas neles/por eles a correlação de forças, fragmentos da luta de classe referentes às especificidades da PSR na pandemia. Fazemos tais apontamentos também para não cairmos em romantizações acerca do que é dito, desconsiderando o não-dito, as entrelinhas e os jogos de força e de poder envolvidos. Isso fica evidente quando, por exemplo, o MMFDH diz que “nesse contexto a participação da sociedade civil organizada se faz absolutamente necessária” (Brasil, 2020c, p. 3), porém, no restante dos documentos, tal participação é desconsiderada. Se “a participação da sociedade civil organizada se faz absolutamente necessária”, por que os outros documentos foram produzidos pelos Ministérios sem a participação social? Discorreremos sobre algumas destas contradições e o que desvelam a seguir.

No meio da RAPS tinha uma Comunidade Terapêutica: segregação, higienização, remanicomialização e mercantilização do “cuidado” à PSR

A partir da exposição, abordamos no presente eixo temático como, sob o véu de cuidado à PSR e, considerando o caráter progressista da Resolução 40/2020, temos o recrudescimento de medidas higienistas, de segregação, remanicomialização e mercantilização, marcadamente classistas e racistas sintetizados pela centralidade das CTS. Para isso, focamos na Portaria 69/2020 e Nota Técnica 13/2020 (Brasil, 2020a) e no documento com informações e recomendações do MMFDH (Brasil, 2020c).

Com relação à última, há uma breve seção, específica às pessoas em situação de rua “que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas” (Brasil, 2020c, p. 7). Junto à recomendação de acesso e articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos substitutivos às instituições tradicionais asilares-manicomiais, de caráter comunitário de atuação territorializada, também se recomenda a articulação com a “rede de Comunidades Terapêuticas”, que “também irá disponibilizar vagas para o público que aceitar a oferta de ingresso nessas instituições” (Brasil, 2020c, p. 7).

Nas “Recomendações Gerais ao Órgão Gestor da Política de Assistência Social, Unidades e Serviços Socioassistenciais direcionados a Pessoas em Situação de Rua” da Nota Técnica 13/2020 (Brasil, 2020a), há um tópico somente das CTS: “Quanto à articulação com as Comunidades Terapêuticas previstas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas” (Brasil, 2020a, s. p.). Chamamos atenção para o fato de que um ponto sobre a “articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2020a, s. p.). Ou seja, as CTS são colocadas no mesmo patamar de importância do SUS, ao passo que não são serviços do SUS, por mais estejam na RAPS, no nível de atenção residencial transitório (Brasil, 2011). No total, as CTS são mencionadas nove vezes no documento, mas, novamente, com essa diferença qualitativa: a de que configuram um eixo de recomendação para a política de assistência social, o que não acontece com nenhum outro serviço público da RAPS. Dessa forma, em consonância com o que foi observado por Passos, Gomes e Santo (2022), ao contrário do que se diz, das CTS como meio para a diversificação das estratégias de tratamento, “o que se apresenta é a recondução do financiamento público para a garantia do funcionamento das CTS, bem como a reorganização da Rede de Atenção Psicossocial, trazendo para a sua centralidade o serviço em tela” (p. 215).

Um dos mecanismos de legitimação das CTS é o ocultamento ou mistificação de sua natureza asilar-manicomial, como se pudessem ser caracterizadas como instituições *residenciais*, de *acolhimento* - de maneira genérica -, como é visto em:

As Comunidades Terapêuticas são entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento em regime residencial transitório, em caráter voluntário, de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD (Brasil, 2020a, s. p.).

Tal movimento é observado nas recentes modificações do aparato legal-político em álcool e outras drogas, como na nova Lei de Drogas (LD), a Lei 13.840, de 05 de junho de 2019, que passa a denominá-las de *Comunidades Terapêuticas Acolhedoras* (Brasil, 2019a). Contudo, conforme constatado por Costa (2021), numa análise sobre as CTS nas atuais políticas brasileiras sobre drogas:

[...] mesmo com as tentativas discursivas de desmanicomialização e humanização das CTS, o isolamento social e o asilamento continuam como seus elementos constitutivos; ou seja, compartilham destas premissas manicomialis. Mesmo que vedada pela LD a internação e/ou o isolamento nas CTS, a prática de tratar alguém nestas instituições retirando-o de seu contexto de vida, ancorada nos pilares da disciplina, trabalho e religiosidade, caracterizam a internação e asilamento, sendo mais propícia a práticas violadoras de direitos, conforme a própria realidade mostra (CFP, MNPCT e

MPF, 2018). Ou seja, não existe CT sem internação e segregação/asilamento, seja ela *acolhedora* ou não (pp. 32-33).

Aliado a isso, outro mecanismo justificador das CTs é o fato de elas se pautarem na/pela abstinência como horizonte único para os processos de “cuidado”, indo ao encontro das *novas-velhas* LD (Brasil, 2019a) e Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (Brasil, 2019b) - que, na verdade, é uma política *antidrogas* -. Nesse sentido, busca-se deslegitimar e negar a Redução de Danos enquanto racionalidade, fundamento e ética do cuidado em álcool e outras drogas, por meio do reforçamento de moralismos e construções ideológicas das drogas como males em si. Mesmo que tal aspecto não apareça nos documentos aqui analisados, é necessário que seja pontuado, até porque fica evidenciado na LD e PNAD, sendo elas referenciadas no Decreto, Nota Técnica e Portaria - até por serem instrumentos legais e políticos aos quais se submetem.

Em comparação, na mesma Nota Técnica 13/2020, os CAPS são mencionados apenas duas vezes em todo o documento, sendo uma vez os CAPS gerais e outra os CAPSad. A RAPS é mencionada apenas duas vezes, com uma fazendo referência às CTs, para que fossem construídos “protocolos e fluxos de encaminhamento com as Comunidades Terapêuticas cadastradas junto à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas” (Brasil, 2020a, s. p.). As Unidades de Acolhimento, que fazem parte do mesmo nível assistencial das CTs na RAPS (atenção residencial de caráter transitório) só foram mencionadas uma vez, assim como as Residências Terapêuticas, um importante serviço substitutivo de desinstitucionalização. Quanto às menções a outros dispositivos da RAPS, temos: Consultórios na Rua, cinco vezes; Unidades de Atenção Primária à Saúde (incluindo as Equipes de Saúde da Família), quatro vezes. É importante mencionar que há dispositivos do SUAS que também devem ser considerados quando pensamos em acolhimento da PSR, tais quais: os Centros Pop, na média complexidade, e os Serviços de Acolhimento Institucional e Acolhimento em Repúblicas, na alta complexidade.

Esse movimento de hegemonização das CTs nos processos de cuidado em álcool e outras drogas - não ficando restrito à PSR - é, muitas das vezes, colocado como forma de suprir lacunas assistenciais, a carência de dispositivos públicos frente às demandas e necessidades de usuários, como pode ser visto:

Nos casos em que a rede pública de serviços for insuficiente para atender toda a demanda da população em situação de rua no contexto da pandemia, sugerimos o fortalecimento dessa rede a partir de articulações realizadas com as organizações civis e religiosas, bem como com o setor privado e empresarial, coordenado pela gestão pública local e com atuação intersetorial (Brasil, 2020c, p. 4).

Contudo, o fortalecimento das CTS enquanto serviços privados - inclusive, com repasse de verbas públicas - implica na manutenção e recrudescimento do subfinanciamento e deslegitimação da “rede pública de serviços”, afinal retira-se verbas destas para repassar às primeiras. Ademais, tal enfraquecimento e deslegitimação dos dispositivos públicos também diz respeito ao fato de que as CTS, apesar da retórica, são instituições de caráter asilar-manicomial, continuidades dos manicômios em nosso atual estágio de desenvolvimento capitalista, tendo sido recentemente o principal dispositivo e mecanismo de remanicomialização e mercantilização do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas que constituem a Contrarreforma Psiquiátrica brasileira (Costa, 2021; Costa e Mendes, 2020; Passos, Farias, Gomes e Araujo, 2020). Ou seja, quanto mais se financia e fomenta as CTS enquanto dispositivos asilares-manicomiais e privados, mais se enfraquece e deslegitima os serviços públicos, de caráter territorial-comunitário e, em extensão, as conquistas e avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No caso da PSR, não é demais lembrar como, sob o pânico moral forjado a partir da suposta epidemia do crack, as CTS ganharam corpo e relevância junto a ações como a internação compulsória, vide os exemplos das cidades de São Paulo, na chamada *cracolândia*, e no Rio de Janeiro. Sobre a internação compulsória, é importante salientar que ela foi estendida às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas - até então era restrita a pessoas em sofrimento psíquico, com os ditos transtornos mentais - e regulamentada na nova(-velha) LD podendo ser requerida “a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública” (Brasil, 2019a, s. p.), ou seja, por um amplo rol de indivíduos. E, por mais que a internação compulsória seja vedada nas CTS, não é incomum que aconteça nelas (Ferrazza, Sanches, Rocha e Justo, 2017; Musse, 2018; CFB, MNPCT e MPF, 2018).

Ainda nessa direção, põe-se a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, que regulamentou, “no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas” (Brasil, 2020d, s. p.). Temos o Estado brasileiro, num contexto de pandemia, legitimando e fomentando a segregação e o asilamento de adolescentes em tais instituições. E não parou por aí. Em novembro de 2021 foi sancionada a Lei nº 14.251, que, dentre várias ações, destinou R\$ 78 milhões adicionais ao já “anabolizado” montante do fundo público para as CTS (Brasil, 2021a); e, em 16 de dezembro, sancionou-se a Lei Complementar nº 187, que certifica as entidades beneficentes que recebem imunidade de contribuições à seguridade social e que incluiu as CTS no rol de instituições com imunidade

tributária (Brasil, 2021b) - com votos favoráveis de parlamentares de partidos de esquerda, do Partido dos Trabalhadores (PT) e do Partido Comunista do Brasil (PCDOB).

Também relembramos os casos de retiradas compulsórias de bebês de mulheres em situação de rua, mormente negras, em Belo Horizonte e o abrigo deles. Por mais que nestes casos o processo não envolva as CTS, constatamos como se trata de uma ampla lógica de remanicomialização (que é também mercantil, afinal se trata de instituições privadas), que, no caso da PSR, deixa ainda mais evidenciado seu caráter segregatório, higienista, classista, racista e machista (Passos e Moreira, 2017; Passos, 2019).

Fossi e Guareschi (2015, pp. 103-104) apontam que as CTS, “em sua estrutura e funcionamento, organizam-se e articulam-se como cadeia, igreja e hospital psiquiátrico”, “é na articulação do funcionamento destas três instituições que elas encontram sua especificidade”. Segundo o IPEA (2017), apesar da heterogenia das CTS no país, os três pilares delas são: disciplina, religiosidade e trabalho (*não pago, forçado*, denominado “*laborterapia*”). Considerando isso, sobretudo o último pilar, bem como a cor da força de trabalho em tais instituições e a condição de trabalho não pago, servil, podemos adicionar à prisão, à igreja e ao manicômio, outra instituição fundamental na formação social brasileira: a *senzala*. As CTS como sofisticções e reatualizações de: igrejas, prisões, manicômios e senzalas; uma expressão de nosso *moderno-arcaico*.

Não obstante, quanto mais se precariza e desmantela o SUS (e o SUAS), enquanto sistemas que se pautam na saúde e processos de cuidado enquanto direitos, e não como mercadorias, orientados a assegurar direitos, mais são fomentadas as CTS que possuem como pressuposto a violência, como é fartamente documentado na literatura (p. ex.: CFB, 2011; CFB, MNPCT e MPF, 2018; CRP-SP, 2016; SES-MG, 2016). Municinando-se também de retóricas genéricas sobre a importância do trabalho em rede, com dispositivos comunitários e fomentando a participação da dita sociedade civil, mas que significam uma maior desresponsabilização estatal, há a utilização da pandemia e a necessidade de ações emergenciais para o avanço dos processos de terceirização e privatização nas políticas de saúde e assistência social: “Estas providências de caráter emergencial devem alcançar a gestão e a totalidade das unidades e serviços, incluindo os de natureza pública estatal e os públicos prestados pelas Organizações da Sociedade Civil, ainda que não recebam recursos públicos” (Brasil, 2020a); “Para atender as demandas decorrentes da pandemia, recomenda-se aos municípios, estados e ao Distrito Federal avaliar possibilidades de flexibilização do uso de recursos pelas Organizações da Sociedade Civil com as quais possuam parceria” (Brasil, 2020a).

Nesse sentido, o cuidado às pessoas em situação de rua com necessidades atreladas ao consumo de drogas passa, necessariamente, pela construção ou fortalecimento de protocolos, fluxos assistenciais e encaminhamentos às CTS, articulando SUS e SUAS. Por exemplo, quanto à atuação das equipes dos serviços da proteção social especial de média complexidade do SUAS - por exemplo, CREAS, Centros Pop e abordagem social, temos: “1) Ampliar orientações e encaminhamentos para serviços como: os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS/AD), Comunidades Terapêuticas cadastradas junto ao Ministério da Cidadania, dentre outros” (Brasil, 2020a).

Além disso, por meio da retórica sobre suposta complementação dos serviços públicos pelos privados - que, na história do campo álcool e outras drogas, tem sido da complementação dos serviços públicos aos privados -, busca-se mistificar que o fomento e impulsionamento das CTS é o cerne dos presentes rumos das políticas em saúde mental, álcool e outras drogas. Tem-se nessas instituições a materialização mais aguçada e acabada dos processos de remanicomialização e mercantilização do cuidado que, por sua vez, atrela-se nas especificidades da área com o avanço do conservadorismo e ganho de força do fundamentalismo religioso (Costa, 2021; Passos, Gomes e Santo, 2022), como pode ser visto em vários momentos nos materiais, em que não só se defende a complementaridade com o setor privado, como se ressalta as organizações religiosas. Não à toa, a maioria das CTS é vinculada a instituições religiosas. De acordo com levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA, 2017), 82% das CTS tinha alguma vinculação religiosa, sobretudo com instituições pentecostais ou católicas. Segundo reportagem de Correia (2020), quase 70% da verba federal para CTS no primeiro ano do governo Bolsonaro foi apenas para entidades cristãs. Atrela-se a isso a criação em 2015 e refundação em 2019, da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados na Câmara dos Deputados, composta por cerca de 200 parlamentares, dos mais variados partidos e espectros políticos, vinculados a instituições religiosas e CTS. Não custa também lembrar o caráter conservador do *bolsonarismo* e do governo Jair Bolsonaro, sua configuração, seus quadros e a própria existência de um Ministério que *defenda a família* - e não qualquer família, mas a nuclear cisheteronormativa burguesa e cristã - e as pautas defendidas.

Há, portanto, enquanto núcleo da Contrarreforma Psiquiátrica em nossa realidade presente, todo um movimento *de cima para baixo* de fomento e impulsionamento ainda maiores das CTS não só na RAPS, mas nas articulações com outras políticas setoriais como SUAS, sistema de justiça, segurança pública etc., em detrimento dos serviços públicos substitutivos, de caráter territorial-comunitário, e, grosso modo, da Reforma Psiquiátrica e do SUS, como é visto em:

“A SENAPRED vem mobilizando a rede de Comunidades Terapêuticas para disponibilizar vagas para pessoas em situação de rua que necessitem e desejem ingressar nessas instituições” (Brasil, 2020a, s. p.). Tudo isso regado a uma apropriação cada vez maior do fundo público por tais instituições; um crescente afluxo orçamentário que aprofunda os já crônicos subfinanciamento e deslegitimação dos serviços públicos de caráter territorial-comunitário e propostas não-asilares, antimanicomiais (Costa e Mendes, 2020). Nessa direção, a própria gestão do SUAS, bem como seus profissionais, não só devem considerar as CTS no cuidado à PSR, como são orientados a “identificar as Comunidades Terapêuticas atuantes no município, credenciadas junto à SENAPRED, e articular para que ofereçam atendimento às pessoas em situação de rua que apresentem uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas” (Brasil, 2020a, s. p.). Ou seja, não só há a necessidade de se considerar e trabalhar articuladamente com as CTS, como é responsabilidade dos dispositivos e gestão públicos encontrá-las, gerenciá-las etc., o que implica mais trabalho, nos fazendo questionar as afirmativas sobre as articulações com as CTS se orientarem a suprir lacunas assistenciais. Grosso modo, às CTS o bônus; aos dispositivos públicos e gestão pública, o ônus.

Portanto, sob retórica de preocupação com a PSR num cenário de (ainda) maior vulnerabilidade, se intensificam processos de higienização e segregação, sustentados em visões hegemônicas das drogas como *males in se*, plasmados à própria figura da pessoa em situação de rua como perigosa e/ou que deve ser salva, sobretudo, pelo discurso e práticas religiosas. Em suma, um objeto, um não-sujeito; e, pior, um objeto perigoso ao estar atrelado a outros objetos perigosos, como as drogas. Por outro lado, dialeticamente, um objeto que mesmo perigoso, ou por ser perigoso, pode ser também lucrativo, movimentando todo um comércio não só do “tratamento” em álcool e outras drogas, como da pobreza. Assim, não se exclui a PSR, mas busca-se lidar com a pobreza tirando-a de vista, ao tirar os pobres de vista, segregando-os e os asilando, ao mesmo tempo que lucrando com isso. Se um dos lemas da pandemia, como forma de combater o vírus e o contágio por ele, foi “*fique em casa*”, para aqueles(as) que não tinham casa a “solução” foi: *seja jogado nos manicômios* (nas prisões e demais instituições totais, segregatórias) ou, mesmo, em *covas*, com o vírus se “encarregando” das políticas higienistas; um *higienismo “natural”*.

Por mais que nada disso tenha surgido com a pandemia, aproveita-se dela para *passar a boiada*: nas especificidades do campo da saúde mental, álcool e outras drogas, para fortalecer a remanicomialização e mercantilização do cuidado em álcool e outras drogas. Plasmado a isso, nas especificidades da PSR, a sofisticação e recrudescimento do higienismo e segregação sociais classistas e racistas. Nesse interregno, as CTS apresentam-se como sínteses, ou seja, como a concretização modelar de tal dinâmica em uma só instituição, bem como um

mecanismo, também exemplar, de dar vazão e materialização a essa dinâmica. Temos nas CTS uma amálgama da ascensão conservadora e do fundamentalismo religioso, com a lógica asilar-manicomial e mercantil. Como vimos, tais retrocessos encontram-se circunscritos ao conjunto de retrocessos nas políticas sociais, não ficando restritos a uma política setorial apenas. No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, atrelam-se ao movimento corrente de *Contrarreforma Psiquiátrica*, na esteira também de recentes modificações no ordenamento político-legal brasileiro que conformaram novas-velhas políticas *antidrogas* (Brasil, 2019a; 2019b).

Considerações Finais

No artigo, analisamos as principais mudanças durante a pandemia nas políticas orientadas ao cuidado à PSR com necessidades decorrentes do consumo de drogas no Brasil. As políticas são um campo de disputa, expressando os antagonismos de nossa sociedade e a correlação de forças. O contexto de tendências regressivas não impediu a presença de contradições no interior (e, sobretudo, fora) do Estado, fruto da permanente luta de classes e do poder dos diversos atores envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas, como expresso na Resolução 40/2020.

Porém, em uma análise totalizante, constatamos a ênfase no recrudescimento de processos de higienização e segregação, de caráter evidentemente classista e racista, apesar de resistências e formulações realistas e progressistas. Tudo isso sustentado nas visões hegemônicas das drogas como males em si, reforçando e reatualizando a construção ideológica da PSR como consumidora de drogas e, nisso, perigosa e/ou que deve ser salva. Nesse ínterim, temos o avanço de processos de remanicomialização e mercantilização do cuidado em álcool e outras drogas, aliado à ascensão conservadora e do fundamentalismo religioso, tendo nas CTS instituições por excelência.

Constatamos, assim, que nem uma pandemia foi capaz de frear o *modus operandi* higienista-segregatório à PSR no Brasil. Pelo contrário, sob argumentos de se retirar certas *pedras* do caminho, retiraram os sujeitos (tornados coisas, objetos), demonstrando quem, de fato, são os obstáculos indesejáveis.

Referências

- Brasil (2005, dezembro 30). Presidência da República. *Lei nº 11.258: Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11258.htm.
- Brasil (2009, dezembro 23). Presidência da República. *Decreto nº 7.053: Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
- Brasil (2010, maio 20). Presidência da República. *Decreto nº 7.179: Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm.
- Brasil (2011, dezembro 23). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Brasil (2019a, junho 5). Casa Civil. *Lei nº 13.840: Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm.
- Brasil (2019b, julho 19). Presidência da República. *Decreto nº 9.926: Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm.
- Brasil (2020a, maio 14). Ministério da Cidadania. *Portaria nº 69: Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19*. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>.
- Brasil (2020b, outubro 13). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Resolução nº 40: Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua*. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284>.
- Brasil (2020c). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19. Informações e Recomendações*. Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/Atendimento_e_Acolhimento_Emergencial.pdf.
- Brasil (2020d, julho 24). Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020: Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas*. <http://dspace.mj.gov.br/handle/1/1169>.
- Brasil (2021a, novembro 25). Presidência da República. *Lei nº 14.251: Abre aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo e de Operações Oficiais de Crédito, crédito suplementar no valor de R\$ 721.321.565,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente*. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/norma/35198716>.
- Brasil (2021b, dezembro 16). Presidência da República. *Lei complementar nº 187: Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp187.htm.

- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP], Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [MNPCT] e Ministério Público Federal [MPF] (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília: CFP; MNPCT; MPF.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP] (2016). *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo: CRP-SP.
- Correia, M. (2020). Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro. *Pública*, 27 jul. 2020: Disponível em <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>.
- Costa, P. H. A. (2021). Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. *Serviço Social em Debate*, 3(2). Disponível em <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>.
- Costa, P. H. A., e Mendes, K. T. (2020). Contribuição à crítica da economia política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44-59. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.28943>.
- Ferrazza, D. A., Sanches, R. R., Rocha, L. C., e Justo, J. S. (2017). Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *ECOS*, 7(2), 363-375. Disponível em <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2106/1501>.
- Fossi, L. B., e Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>.
- Gomes, R. (2011). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (Ed.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] (2017). *Nota Técnica. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*. Brasília: IPEA.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] (2020). *Nota Técnica. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)*. Brasília: IPEA.
- Mendes, K. T., Ronzani, T. M., e Paiva, F. S. (2019). *Se essa rua falasse: uma análise sobre estigma, pobreza e uso de drogas nas trajetórias de sujeitos em situação de rua*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Musse, L. B. (2018). Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In M. P. G. dos Santos (Ed.), *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão* (pp. 187-228). Brasília: IPEA.
- Passos, R. G., e Moreira, T. W. F. (2017). Reforma Psiquiátrica brasileira e Questão Racial: contribuições marxianas para a Luta Antimanicomial. *SER Social*, 19(41), 336-354. Disponível em https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14943/13262.
- Passos, R. G. (2019). Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? *Sociedade em Debate*, 25(3), 74-88. Disponível em <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2352>.
- Passos, R. G., Farias, J., Gomes, T. M. S., e Araujo, G. C. L. (2020). Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, 12(2), 125-140. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29064>.
- Passos, R. G., Gomes, T. M. S., e Santo, T. B. E. (2022). O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL 565/2019. *Em Pauta*, 49(20), 205-220. <https://doi.org/10.12957/REP.2022.63529>.

- Rui, T. (2013). Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, 3(2), 287-310.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., e Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-15. <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>.
- São Paulo (2021). *População em situação de rua de São Paulo. Censo 2021*. São Paulo: Prefeitura de São Paulo.
- Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais [SES-MG] (2016). *Relatório de vistorias em comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida*. Belo Horizonte: SES-MG.
- Silva, M. L. (2006). *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil).